



Mamoplastias redutoras e mastopexias realizadas no HC-UNICAMP: análise comparativa entre duas técnicas

Reduction mammoplasties and mastopexies performed at HC-UNICAMP: comparative analysis between two techniques

IVANA LEME DE CALAES^{1*}
MARCO ANTONIO DE
CAMARGO BUENO¹
PAULO KHARMANDAYAN¹
BRUNA BORGHESE AUGUSTINI¹
HERBERTI ROSIQUE AGUIAR¹
LUIS FERNANDO DEO TREVISOLLI¹

■ RESUMO

Introdução: Diferentes técnicas para mamoplastia redutora e mastopexia são descritas na literatura, visando a resultados que reconstituam o polo superior, ofereçam melhor projeção e proporcionem tratamento adequado para a ptose mamária. No entanto, devemos nos atentar para a segurança da técnica, com manutenção da vascularização, inervação dos tecidos e possibilidade de amamentação. Análise comparativa com pacientes operadas pela técnica com retalho de pedículo inferior e pacientes operadas pela técnica com sutura circular em bolsa. **Métodos:** Análise de 85 pacientes submetidas à mamoplastia redutora ou mastopexia sem implantes, entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012, no Hospital de Clínicas da Unicamp. Foram excluídos 31 pacientes, as quais foram submetidas apenas à mamoplastia redutora pela técnica de Pitanguy (sem utilização de retalhos ou sutura circular). Dentre as 54 pacientes restantes, cinco foram posteriormente excluídas devido ao não comparecimento à consulta ou à não realização da ultrassonografia pós-operatória. Foram agrupadas 16 pacientes submetidas à sutura circular contínua e 33 pacientes operadas pela técnica de pedículo inferior. **Resultados:** Dados demográficos foram semelhantes nos dois grupos. Maior número de pequenas complicações e resultados insatisfatórios foi observado no grupo submetido à técnica de pedículo inferior, bem como maior índice de achados ultrassonográficos relevantes no pós-operatório. **Conclusão:** A técnica de sutura circular contínua apresentou elevado índice de satisfação, menor número de complicações e resultados mais duradouros quando comparados com a técnica de pedículo inferior, durante o período analisado.

Descritores: Mamoplastia redutora; Mastopexia, Redução de mamas; Retalho de pedículo inferior; Sutura circular contínua; Cirurgia estética.

Instituição: Trabalho realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Artigo submetido: 10/7/2014.
Artigo aceito: 25/1/2015.

DOI:10.5935/2177-1235.2015RBCP0118

¹ Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Several reduction mammoplasty and mastopexy techniques are described in the literature, with the aim of reconstituting the upper pole, offering better projection, and providing adequate treatment for breast ptosis. However, particular attention should be devoted to the safety of the technique, with maintenance of vascularization, tissue innervation, and the capability of breastfeeding. Female patients operated on with the inferior pedicle flap technique were compared with those operated on with purse-string circular suturing. **Methods:** Eighty-five patients who had undergone reduction mammoplasty or mastopexy without implants, between January 2011 and December 2012 at Unicamp's Clinical Hospital, were evaluated. Thirty-one patients who only underwent reduction mammoplasty by Pitanguy's technique (without the use of flaps or circular sutures) were excluded. Of the remaining 54 patients, five were subsequently excluded for not attending medical appointments or failure to have postoperative ultrasonography. A group of 16 patients who had undergone circular suturing and a group of 33 operated on by the inferior pedicle technique were considered. **Results:** Demographic data were similar for both groups. A higher number of minor complications and unsatisfactory results were observed in the group that underwent the inferior pedicle technique, who also had a higher rate of relevant post-operative ultrasonography events. **Conclusion:** The circular suturing technique resulted in a high satisfaction rate, lower number of complications, and longer lasting results than the inferior pedicle technique, during the period analyzed in this study.

Keywords: Reduction mammoplasty; Mastopexy; Breast reduction; Inferior pedicle flap; Continuous circular suture; Cosmetic surgery.

INTRODUÇÃO

Desde o início do século XX, cirurgiões tentam otimizar os resultados cirúrgicos em mamoplastias redutoras e mastopexias, levando a uma constante revisão das técnicas cirúrgicas e ao desenvolvimento de novos artifícios para melhoria estética desses resultados pós-operatórios.

A literatura sobre mamoplastias redutoras com ou sem pexias é extensa e variável. Em 1961, Pitanguy aprimorou a técnica de Arié¹, gerando uma nova técnica²⁻⁵, a qual introduziu o princípio da marcação prévia individualizada e não com moldes pré-determinados, podendo-se fazer grandes ressecções de tecidos em tempo único (em quilha, no centro da mama), diferenciando-se de Arié, que, nessas condições, realizava a cirurgia em dois tempos cirúrgicos.

A partir de 1979, com o trabalho descrito por Peixoto, os cirurgiões começaram a se preocupar com o aperfeiçoamento dos detalhes, buscando uma cicatriz final reduzida. Peixoto demonstrou ser possível fazer ressecções cutâneas pequenas, mesmo quando as ressecções glandulares eram de grande volume, acreditando que a retração cicatricial da pele contribuiria para o formato final do cone mamário^{6,7} e que poderiam resultar apenas cicatrizes verticais na mama. Ao longo do tempo, notou-se que, às vezes, as mamas continuavam ptosadas pela

ressecção de pele insuficiente e, assim, muitos outros artifícios técnicos foram desenvolvidos a partir de seus conceitos, evitando alargamentos cicatriciais tão desagradáveis, produzidos por algumas técnicas de marcações prévias.

A reconstituição do polo superior mamário também tem recebido a atenção de alguns autores^{6,8-11}, os quais utilizam retalhos para tal propósito. Em nosso meio, Liacyr Ribeiro⁸ preconiza um retalho dermoglandular desepitelizado de pedículo inferior, com nutrição vascular baseada nas perfurantes da mamária interna, principalmente do sexto espaço intercostal, para a reconstituição do polo superior mamário que, muitas vezes, se torna esvaziado em outras técnicas. Entretanto, se esses retalhos não forem bem executados, poderá haver problemas de vascularização, formação de nódulos de esteatonecrose, com conseqüente dificuldade em diferenciá-los de alterações e doenças próprias da mama.

Em 2003, foi descrita a utilização da sutura em bolsa ou sutura circular contínua das mamas, envolvendo a aponeurose do músculo peitoral maior, para reduzir a base mamária e projetar o complexo areolopapilar (CAP) no vértice do cone mamário, com restauração do polo superior sem a utilização de retalhos^{12,13}.

A indicação cirúrgica para correção de ptose e/ou hipertrofia mamária deve considerar tanto o possível resultado estético quanto a facilidade de

execução e a segurança da técnica, sem comprometer a vascularização, a inervação dos tecidos e a possibilidade de amamentação futura. Ainda, há a valorização para procedimentos com resultados duradouros em médio e longo prazo, bem como cicatrizes cada vez menores e de padrão estético aceitável.

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo realizar uma análise comparativa entre pacientes operadas pela técnica com retalho de pedículo inferior e pacientes operadas pela técnica com sutura em bolsa sobre a aponeurose do músculo peitoral maior, com atenção a possíveis complicações e resultados insatisfatórios, considerando o posicionamento e a dimensão das cicatrizes, a manutenção da projeção e também a obtenção de índices de satisfação, em curto e longo prazo.

MÉTODOS

Foram analisados os prontuários médicos das 85 pacientes submetidas a mamoplastia redutora ou mastopexia sem implantes entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012, no Hospital de Clínicas da Unicamp. A partir desse levantamento, excluímos deste estudo 31 pacientes, as quais foram submetidas apenas à mamoplastia redutora pela técnica de Pitanguy (sem utilização de retalhos ou sutura circular). Então, foram convocadas as demais 54 pacientes para consultas de retorno ambulatorial, solicitação de ultrassonografia das mamas, realização de documentação fotográfica e aplicação do questionário de satisfação pós-operatória. Todas as 54 pacientes já completavam o mínimo de um ano de pós-operatório. Dentre estas, cinco pacientes foram posteriormente excluídas devido ao não comparecimento à consulta ou à não realização da ultrassonografia pós-operatória. Assim, foram incluídas no presente estudo 49 pacientes, sendo 16 delas submetidas à sutura circular contínua e 33 pacientes operadas pela técnica de pedículo inferior. Todas as pacientes foram avaliadas por um único observador (Figura 1).

Marcação pré-operatória e técnica cirúrgica

Técnica com pedículo inferior: Com a paciente sentada, marcam-se as aréolas com areolótomo de 4 cm de diâmetro. A seguir, é traçada uma linha vertical da fúrcula esternal à cicatriz umbilical e outra linha vertical da região hemiclavicular até a porção superior das aréolas. Marcamos o ponto A, que corresponde à projeção do sulco inframamário no polo superior da mama. Por uma manobra bidigital, marcamos os pontos B e C, delimitando assim a área central da mama que será desepitelizada. Conectamos os pontos já marcados ao sulco inframamário por linhas arqueadas, resultando em uma marcação já publicada

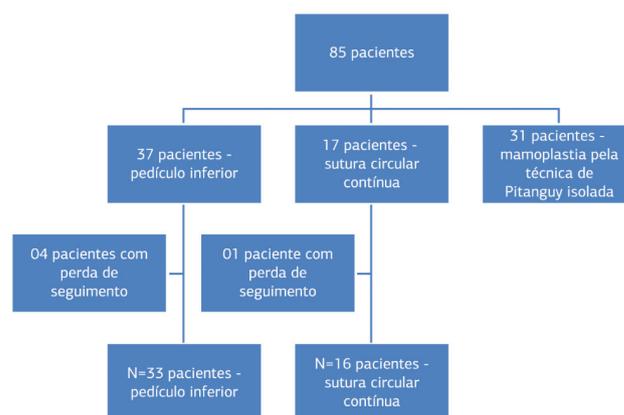


Figura 1. Diagrama - Seleção das pacientes.

por Pitanguy^{2-5,14}. É realizada exposição de todo o polo inferior da mama, sendo o pedículo marcado na porção média do polo inferior, com largura entre 4 e 6 cm, e estendendo-se até 1 a 2 cm da borda inferior da aréola. Essa área previamente delimitada será também desepitelizada e será realizada incisão das bordas do retalho até a fáscia do músculo peitoral maior, formando um retalho dermo-gorduroso-glandular, com base nas artérias perforantes e nos ramos da a. mamária interna, provenientes da região de quarto, quinto e sexto espaços intercostais. É importante que se mantenha o retalho com pelo menos 3 cm de espessura. Completam-se as ressecções de tecidos excedentes da mama e fixamos o pedículo junto à fáscia com pontos separados de nylon 2-0. Procede-se à montagem da mama pela união dos pontos B e C no ponto médio da base do retalho, e são realizadas as demais suturas por planos. Esta técnica é também conhecida com Técnica de Liacyr Ribeiro.

Técnica com sutura circular contínua: A marcação das incisões é feita previamente e tem como fundamentos os pontos A, B, C e D, consagrados a partir da publicação de Pitanguy; porém, em sequência, essa marcação foi preconizada por Bueno et al.¹², conforme descrição a seguir.

As marcações são feitas com a paciente sentada ou em pé, antes da medicação pré-anestésica. Inicia-se com a marcação no novo sulco inframamário, 2 a 3 cm cranial ao sulco natural da paciente, e também é traçada uma linha vertical mediana da fúrcula esternal à cicatriz umbilical. Uma terceira linha é traçada da região hemiclavicular ao mamilo. O ponto medial “B” se localiza em uma linha que parte do quarto espaço intercostal em direção ao mamilo, de localização variável de 8 a 10 cm, de acordo com o volume das mamas e o diâmetro torácico.

O ponto “C” lateralmente posicionado é definido pelo pinçamento da pele lateral ao CAP, em direção ao ponto “B”. O ponto “D” está situado na extensão da linha hemiclavicular e 1,5 cm acima do sulco inframamário. O ponto “A”, que, normalmente, em outras técnicas, é o primeiro a ser marcado, nesta

técnica aparece em consequência do pinçamento bidigital e não pela projeção da profundidade do sulco inframamário transferida na linha hemiclavicular. Desta forma, não há uma distância fixa pré-determinada, a partir da fúrcula esternal para o posicionamento deste ponto (Figuras 2, 3 e 4).

A união destes quatro pontos forma um quadrilátero ou um ovoide, com o CAP no seu interior. Na sala operatória, quando a paciente encontra-se em decúbito dorsal horizontal, as marcações são revisadas.

A cirurgia é realizada com a paciente com o tronco elevado (30° a 40°) e sem infiltração local. A mama é garroteada em sua base e o CAP é demarcado com areolótomo de 4 cm de diâmetro, procedimento seguido da desepitelização de toda a área periareolar e dos contornos internos, margeando a área demarcada pelos pontos A, B, C e D.

Realizam-se as incisões nos limites desepitelizados e um retalho de pedículo superior, contendo o CAP e com espessura em torno de 3 cm, é delimitado.

Mantendo-se a mama garroteada, segue-se a ressecção em cunha dos tecidos glandular e cutâneo dos quadrantes inferiores. Solta-se o garrote e realiza-se a hemostasia dos vasos eventualmente sangrantes. A seguir, é realizada a dissecação, em plano supra-aponeurótico, do quadrante superomedial, em direção ao segundo espaço intercostal. Prossegue-se a montagem da mama utilizando-se fio de poliglactina '0' ou fio monofilamentar de nylon 2-0; a sutura contínua e circular tipo bolsa se inicia no segundo espaço intercostal em seu setor medial, próximo ao manúbrio esternal, prosseguindo com a sutura circular por toda a mama, até retornar ao quadrante superior interno (Figura 5). Ao tracionar o fio para a finalização da sutura, nota-se a diminuição da base da mama e o aspecto cônico obtido. Realiza-se o nó finalizador da sutura; utilizando-se o fio da sutura remanescente – e que ainda não foi cortado –, faz-se outra sutura em bolsa, passando pelos quatro quadrantes novamente e finalizando a aproximação

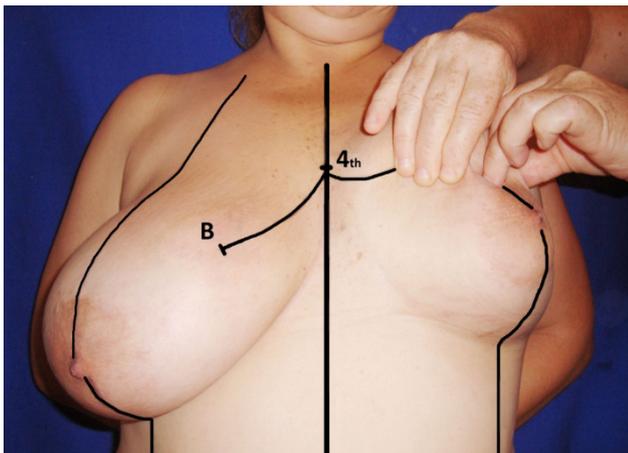


Figura 2. Marcação - Sutura circular contínua - Marcação dos pontos B e C.

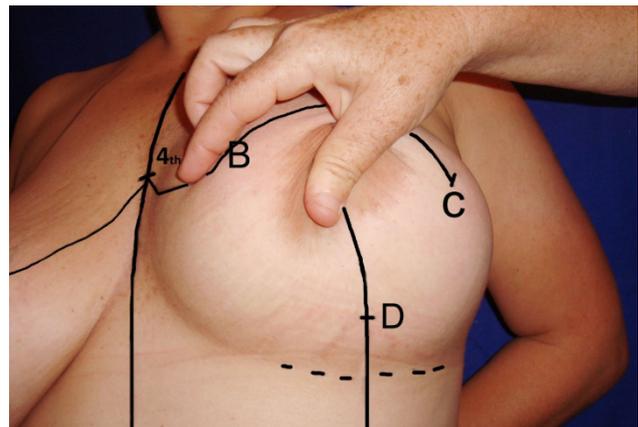


Figura 4. Marcação - Sutura circular contínua - Demarcação do ponto D, na linha hemiclavicular, 2 cm acima do sulco mamário original.

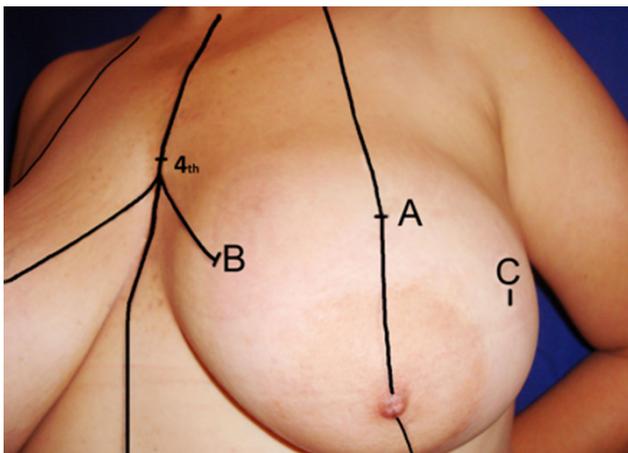


Figura 3. Marcação - Sutura circular contínua - Marcação do ponto A demarcado na linha hemiclavicular, como resultado da manobra bidigital.

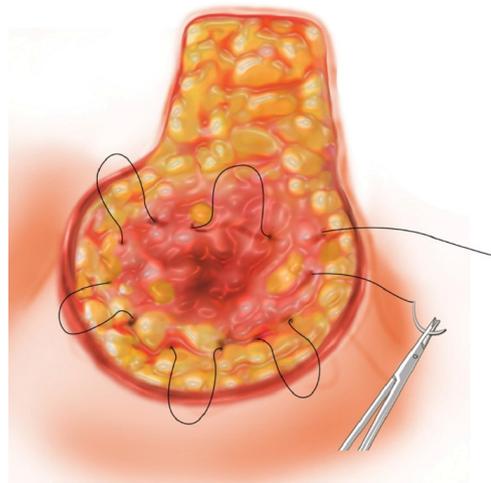


Figura 5. Esquema - Sutura circular contínua (em bolsa).

do tecido mamário correspondente aos pilares lateral e medial da mama (Figura 6). A seguir, é realizado a exérese dos excessos cutâneos, o fechamento dos pilares glandulares e cutâneos ao longo das bordas verticais, e o reposicionamento do CAP, como de rotina, nas mamoplastias. Os excessos cutâneos junto aos sulcos inframamários são excisados também, sem detalhes especiais, de maneira a se ter uma linha de sutura cutânea com um T invertido, com os seus ramos curtos no nível do sulco inframamário. Não são utilizados drenos de qualquer natureza (Figuras 7 e 8). Fitas adesivas porosas cobrem todas as linhas de sutura, seguidas de curativo estéril e malha cirúrgica pós-operatória.

RESULTADOS

Quarenta e nove pacientes submetidas a mamoplastia redutora ou mastopexia bilaterais no HC-Unicamp, entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012, foram incluídas, sendo 16 delas submetidas à sutura circular contínua (grupo 1) e 33 pacientes operadas pela técnica de pedículo inferior (grupo 2). Todas as pacientes foram avaliadas por um único observador.

A média de idade foi de 33,14 anos (18-59 anos) para o grupo 1, e de 31,96 anos (17-55 anos), para o grupo 2. O índice de massa corpórea foi semelhante entre os grupos, com média de 25,71Kg/m² (22,4-30,47) e 25,12 Kg/m² (19,37-29,41), respectivamente. Quanto aos antecedentes pessoais, duas pacientes de ambos os grupos foram submetidas à gastropластиa redutora previamente. Nenhuma delas relatava tabagismo. No grupo 1, havia uma paciente hipertensa, uma com hipotireoidismo e uma asmática. No grupo 2, uma paciente era hipertensa, três eram portadoras de hipotireoidismo e uma paciente relatava psoríase. O tempo de seguimento, entre a data da cirurgia e a data do preenchimento do questionário deste estudo, variou entre um ano e dois anos e dez meses.

Para o grupo 1, a média de volume de tecido retirado foi de 428,07 g da mama direita (variação de 13-910 g) e 370,71 g da mama esquerda (variação de 20-920 g). Para o grupo 2, a quantidade de tecido retirado foi ligeiramente menor, com 272,58 g para mama direita (variação de 20-850 g) e 314,19 g para mama esquerda (variação de 25-620 g). Anestesia geral foi empregada para todas as pacientes do estudo e todas tiveram, como primeiro cirurgião, um residente de cirurgia plástica.

Sobre o uso de drenos, três pacientes submetidas à sutura circular contínua ficaram com drenos de Penrose, por dois dias cada uma. Já dentre as pacientes submetidas à técnica de pedículo inferior, cinco usaram drenos, sendo três delas com dreno de Penrose (também por dois dias) e duas pacientes usaram drenos de Portovac (uma por dois dias e outra paciente por três dias), sendo que não houve casos

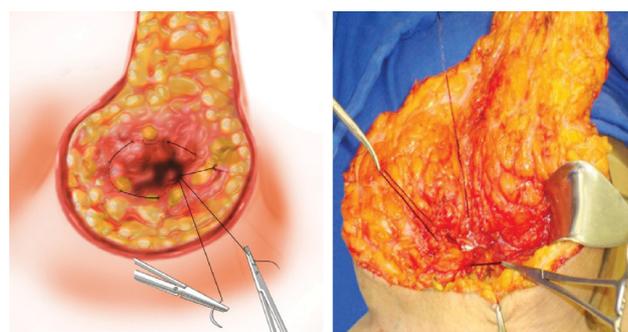


Figura 6. Intraoperatório - Sutura circular contínua (em bolsa).



Figura 7. Sutura circular contínua - Pós-operatório imediato.



Figura 8. Sutura circular contínua - Pós-operatório imediato.

de hematomas com necessidade de reabordagem cirúrgica em ambos os grupos.

Em relação às demais complicações e aos resultados pós-operatórios, observamos dois casos de pseudoptose nas pacientes do grupo 2, característica não encontrada dentre as pacientes do grupo 1. Como complicação maior, tivemos o relato de tromboembolismo pulmonar em uma paciente do grupo 2, sendo internada em

outro serviço, com boa recuperação. As demais complicações foram consideradas menores, embora algumas com necessidade de cirurgia ou procedimentos reparadores, conforme o gráfico em anexo.

Algumas das pacientes foram submetidas à reintervenções cirúrgicas para melhora do resultado estético e/ou possível resolução de complicações menores, sendo todas submetidas a procedimentos com anestesia local. Dentre o grupo 1, tivemos quatro pacientes reoperadas, sendo uma submetida a enxerto de pele total em aréola, uma submetida à lipoaspiração axilar e duas submetidas à correção de “orelhas” em extremidades de cicatriz em base de mamas. No grupo 2, 12 pacientes foram reoperadas: uma ressutura de mamas, quatro correções de cicatrizes (sendo duas delas submetidas previamente à infiltração de triancinolona devido à formação de queleide em incisão), três correções de excessos de pele/tecido mamário (orelhas) em base de mamas, duas lipoaspirações axilares, uma correção de sinmastia e um enxerto de pele total em aréola.

Nenhuma paciente do grupo 1 relatou a presença de nódulos palpáveis em ambas as mamas, na data do preenchimento do questionário. Três pacientes do grupo 2 referiam nódulos palpáveis, sendo que uma delas apontava nódulo “endurecido” em topografia de “T” invertido (ponto de junção das suturas da coluna e a base da mama) em mama esquerda, e as outras duas pacientes referiam nodulação dolorosa e palpável em polo superior da mama esquerda. Na avaliação médica, encontramos cinco pacientes do grupo 2 apresentando nódulos palpáveis, dentre as quais duas já citadas acima (queixa de nódulo em polo superior de mama esquerda, condizente com exame físico), uma paciente com nódulo palpável em quadrantes superiores internos de mamas (bilateralmente), outra com nodulação palpável em quadrante superior interno da mama direita e a última com nodulação palpável em quadrante superior interno e externo de mama direita (Figura 9).

A ultrassonografia realizada em pós-operatório tardio (tempo maior que um ano) não evidenciou alterações significativas em nenhuma das pacientes submetidas à sutura circular contínua, sendo encontradas apenas alterações decorrentes de manipulação

cirúrgica em mamas. Dentre as pacientes submetidas à técnica com pedículo inferior, tivemos quatro delas (aqui nomeadas pacientes A, B, C e D) com algum achado ultrassonográfico significativo:

- Paciente A: Nódulo bem delimitado, de 1,5 cm, em quadrante superior interno de mama esquerda, podendo corresponder à reação de corpo estranho / granuloma pós-operatório, com sugestão de correlação clínica e mamografia.
- Paciente B: Presença de material cirúrgico (fio de sutura?) em plano supramuscular e glandular de mama esquerda, sem lesões sugestivas de malignidade.
- Paciente C: Ausência de microcalcificação patológica, nódulos ou assimetrias. Calcificação grosseira em mama direita. Distorção difusa da arquitetura, bilateral, secundária a procedimento cirúrgico prévio.
- Paciente D: Granuloma de aproximadamente 1,4 cm em quadrante superior interno de mama direita. Formação elíptica de 1,8 cm em quadrante lateral de mama esquerda, podendo corresponder a fibroadenoma.

Para a paciente A, foi realizada mamografia, com classificação BIRADS II, sem nenhuma menção à possibilidade de a lesão ser ou não decorrente de material de sutura. Para as pacientes B e C, não havia relato de qual a localização (em quadrantes) do material cirúrgico e/ou calcificações encontradas. Para estas, foi indicado seguimento ginecológico com mamografias rotineiras. Já para a paciente D, foram solicitadas mamografia e consulta com mastologista para avaliação e conduta (mamografia com visualização de lesão de contornos bem definidos em mamas direita e esquerda, com classificação BIRADS II à direita e BIRADS III à esquerda).

DISCUSSÃO

A cirurgia estética das mamas impõe grande responsabilidade aos cirurgiões plásticos, dada a valorização do corpo feminino em nossa sociedade, sendo que as mamas apresentam íntima relação com a sexualidade. Assim, num país de clima tropical e com extenso litoral, a procura por técnicas e artifícios que deixem cicatrizes mínimas é grande, sendo exigidos bons resultados mesmo em portadoras de mamas volumosas. A maioria das pacientes deseja que as mamas fiquem firmes, consistentes, cônico-arredondadas, mamilos centralizados e com projeção anterior, tarefa nem sempre fácil e factível¹⁵.

A técnica com sutura circular contínua permite uma nova abordagem em mamoplastias redutoras e mastopexias, quando não se quer ou não é necessária a utilização de implantes, dado que a sutura na fáscia peitoral e a conseqüente fibrose reproduzem, de certa

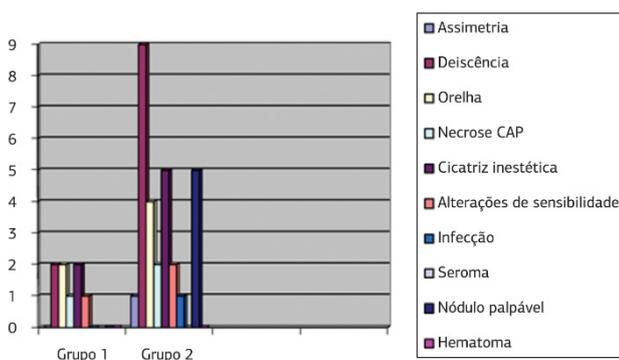


Figura 9. Gráfico - Complicações pós-operatórias.

forma, os efeitos dos ligamentos mamários que foram enfraquecidos pela ação do tempo, da gravidade, do peso das mamas e da lactação. Além disso, tal técnica tende a diminuir o diâmetro da base, reposicionando o tecido glandular e melhorando a projeção das mamas; assim, teremos cicatrizes menores, dado que a marcação dos excessos e a retirada de tecido se dão após a montagem da mama (Figuras 10 a 15).

Em contrapartida, a técnica de pedículo inferior pode produzir, em vários graus, focos de esteatonecrose, resultando em calcificações, além da perda de projeção, principalmente em polos superiores, e ptose das mamas. Isso se deve, provavelmente, pelo movimento de bascula que a mama sofre ao logo do tempo, deixando o polo superior esvaziado e, muitas vezes, com o retalho de pedículo inferior aparente em sua porção cranial, aproximadamente no nível do segundo espaço intercostal (Figuras 16 a 22).

Neste estudo, não observamos diferenças significativas entre os dados demográficos dos dois grupos: tanto a média de idade quanto seus extremos se mostraram semelhantes; a média de peso foi ligeiramente maior no grupo submetido à sutura circular contínua, porém com índices de massa corporal muito próximos entre os dois grupos. Quanto ao peso das peças, como já citado anteriormente, tivemos uma maior retirada de tecido mamário nas pacientes do grupo 1, principalmente em relação à mama direita: 428,07 g, em média \times 272,58 g, em média, para o grupo 2. Dentre as comorbidades, tivemos maior prevalência das mesmas no grupo 2, com 27,27% das pacientes apresentando alguma doença de base, contra 18,75% das pacientes do grupo 1.

Em relação às complicações, encontramos índices semelhantes aos da literatura^{3,8,11,16}, com apenas 3% de complicações maiores (um caso de TEP no grupo 2); se contarmos todas as pacientes do estudo (grupo1 + grupo2), esse índice cai para aproximadamente 2%. Observamos um número



Figura 10. Pré-operatório sutura circular contínua - CSPO, 45 anos.

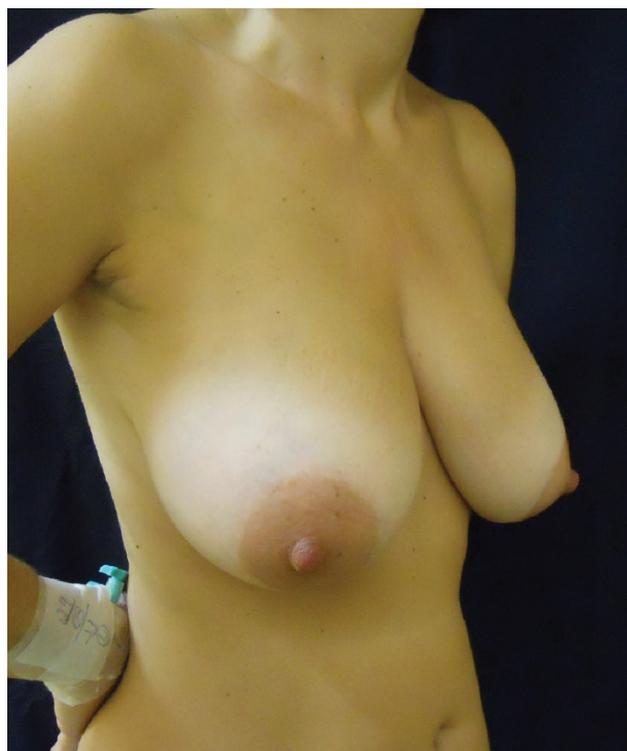


Figura 11. Pré-operatório sutura circular contínua - CSPO, 45 anos.

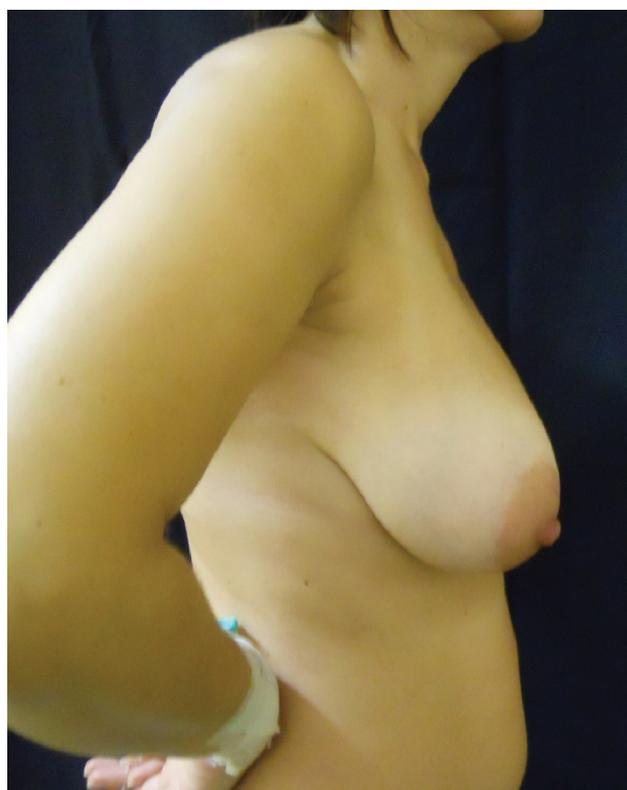


Figura 12. Pré-operatório sutura circular contínua - CSPO, 45 anos.

relevante de deiscências registradas em nossos prontuários, porém sem anotação da dimensão das mesmas, em alguns casos; ao aplicar os questionários, foi possível esclarecer que se tratavam, em grande maioria, de pequenas deiscências, dado que apenas uma paciente, do grupo 2, foi submetida à ressutura das mamas. Foi associada também a prevalência

de cicatrizes inestéticas principalmente àquelas pacientes que tinham registro de deiscências de suturas em seus prontuários. O relato de alteração de sensibilidade em aréolas foi feito por uma paciente do grupo 1 (paciente esta que foi submetida a enxerto de pele total devido à necrose de CAP) e por duas pacientes do grupo 2, sendo que nenhuma destas havia



Figura 13. Pós-operatório sutura circular contínua (2 anos) - CSPO, 47 anos.

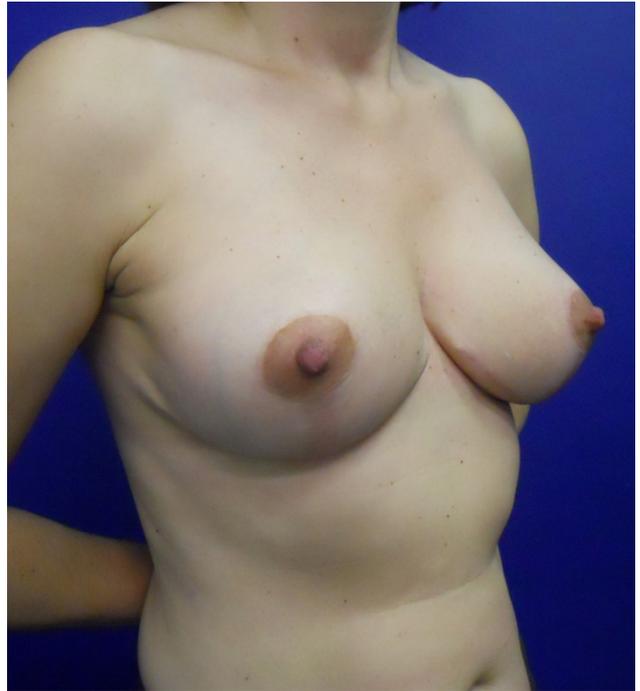


Figura 15. Pós-operatório sutura circular contínua (2 anos) - CSPO, 47 anos.



Figura 14. Pós-operatório sutura circular contínua (2 anos) - CSPO, 47 anos.

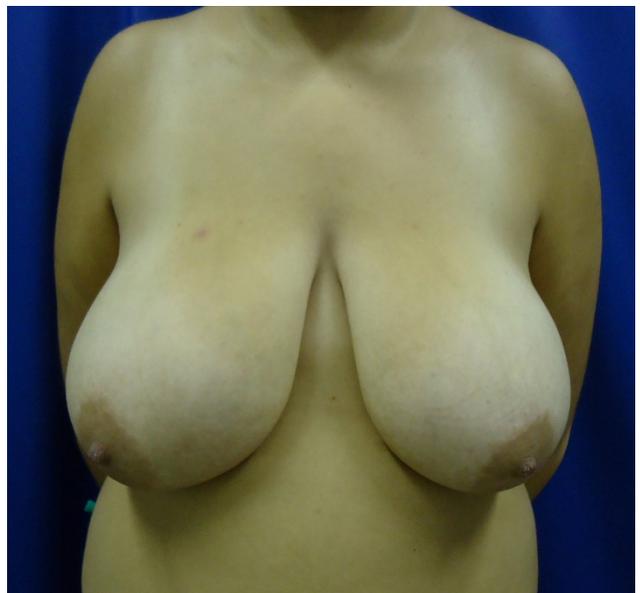


Figura 16. Pré-operatório pedículo inferior - AKR, 18 anos.



Figura 17. Pré-operatório pedículo inferior - AKR, 18 anos.



Figura 20. Pós-operatório (1 ano) mamoplastia redutora com pedículo inferior - AKR, 19 anos.



Figura 18. Pré-operatório pedículo inferior - AKR, 18 anos.



Figura 21. Pós-operatório (1 ano) mamoplastia redutora com pedículo inferior - AKR, 19 anos.



Figura 19. Pós-operatório (1 ano) mamoplastia redutora com pedículo inferior - AKR, 19 anos.

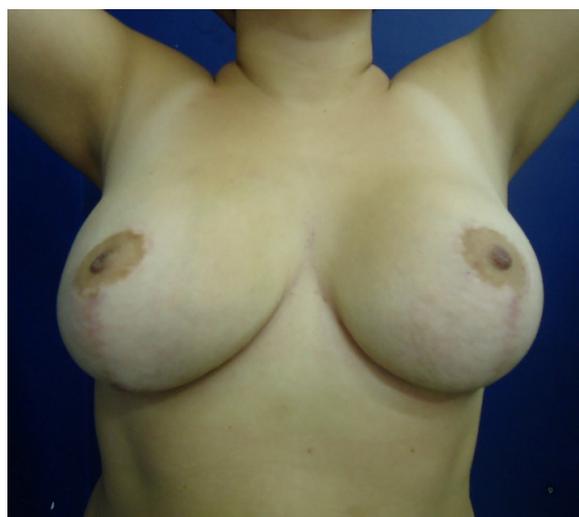


Figura 22. Pós-operatório (1 ano) mamoplastia redutora com pedículo inferior - AKR, 19 anos.

apresentado necrose de CAP; mostra-se interessante que a paciente submetida a enxerto de pele, neste grupo, não relatou tal complicação.

Diferentemente da literatura, não observamos relato de seroma em nossas pacientes; no grupo 1, tal fato pode ser devido à redução do espaço morto decorrente de suturas circulares na mama. Porém, não podemos descartar possível viés de preenchimento de prontuários, dado que se trata de um estudo retrospectivo. Da mesma forma, não houve registro de hematomas mamários, sendo apenas relatadas equimoses em reabsorção, em alguns casos.

Dentre as cinco pacientes que apresentavam nódulos palpáveis em mamas, apenas três apresentaram alguma alteração no exame ultrassonográfico: a paciente com nódulo doloroso em polo superior de mama esquerda (relatado pela paciente e palpado pelo médico em exame físico) corresponde ao exame descrito como paciente A; a paciente com nodulações nos quadrantes superiores internos bilateralmente corresponde ao exame descrito como paciente C (nota-se que não houve achados em mama esquerda). O exame D corresponde a paciente com queixa de nódulo palpável em quadrantes superiores interno e externo da mama direita; observa-se a presença de lesão em mama esquerda, não referida pela paciente e nem palpada ao exame físico. Já a paciente que apresentava nódulo endurecido em topografia de cicatriz em "T" invertido (não considerada como nódulo palpável em exame físico), bem como a outra paciente que relatava nódulo em polo superior de mama esquerda, não apresentaram qualquer alteração ultrassonográfica. Da mesma forma, a paciente com nodulação em quadrante superior interno da mama direita apresentou apenas ultrassonografia referindo alterações de arquitetura mamária decorrentes de intervenção cirúrgica, o que não foi considerado como significativo, conforme já mencionado. O exame descrito como paciente B é referente a uma paciente que não apresentava queixas nem alterações ao exame físico. O baixo índice de achados ultrassonográficos

nos faz pensar sobre a baixa acurácia deste exame para avaliação de alterações mamárias decorrentes de pós-operatório de mamoplastia redutoras e mastopexias, além de ser um exame operador-dependente. Possivelmente, a ressonância magnética das mamas deva ser o melhor exame para detecção de possíveis focos de esteatonecrose e granulomas nesse tipo de pacientes; porém, tal exame se mostra inviável como método de triagem em nosso serviço.

Analisando-se a satisfação das pacientes frente às duas técnicas, devemos considerar principalmente o índice de satisfação no pós-operatório tardio, dado que muitos dos motivos das insatisfações no pós-operatório recente se deviam a complicações menores, que foram solucionadas com simples reabordagens (correção de cicatrizes, orelhas, etc.), bem como pela memória prejudicada de algumas pacientes. Encontramos um índice de satisfação no pós-operatório tardio, através de respostas binárias (SIM ou NÃO), de 100% dentre as pacientes submetidas à sutura circular contínua. Porém, dentre as pacientes submetidas à técnica com pedículo inferior, esse índice também se mostrou aceitável, com aproximadamente 75% das pacientes satisfeitas (Tabela 1). Dentre as principais queixas, a cicatriz e a presença de nódulos palpáveis se mostravam as mais prevalentes (Tabela 2).

Já em relação à satisfação médica, ao analisarmos tardiamente as pacientes submetidas à sutura circular contínua, houve apenas um caso de cicatriz inestética (alargada) e um caso com perda da projeção das mamas, sendo notada principalmente em polo superior, totalizando 12,5% de insatisfação de resultados. Dentre as pacientes submetidas à técnica de pedículo inferior, observamos 11 casos com motivos de insatisfação parcial de resultados, porém estes motivos incluíam apenas sete pacientes; note-se que algumas pacientes apresentavam mais de um quesito como resultado insatisfatório. Dessa forma, o índice de pacientes com resultados insatisfatórios é de 21,21% e não 33,3%, sendo esta a frequência de algum resultado indesejável, como mostra a Tabela 2.

Tabela 1. Distribuição das pacientes, segundo a satisfação, nas avaliações médicas e das pacientes, em curto (até o 30º dia pós-operatório) e longo prazo (Pós-operatório > 1 ano).

Avaliação médica		Sutura circular contínua		Pedículo inferior	
		N	%	N	%
Até PO 30d	Satisfeita	-	-	-	-
	Insatisfeita	-	-	-	-
PO > 1ano	Satisfeita	14	87,5	22	66,67
	Insatisfeita	2	12,5	11	33,33
Avaliação da paciente N		Sutura circular contínua		Pedículo inferior	
		N	%	N	%
Até PO 30d	Satisfeita	13	81,25	21	63,64
	Insatisfeita	3	18,75	12	36,36
PO > 1ano	Satisfeita	16	100,0	25	75,76
	Insatisfeita	0	0,0	8	24,24

PO: Pós-operatório.

Tabela 2. Distribuição das causas de avaliações insatisfatórias por item, nas avaliações médicas e das pacientes, em ambos os grupos.

Ocorrência de itens insatisfatórios	Sutura circular contínua				Pediculo inferior			
	Até PO 30d		PO > 1 ano		Até PO 30d		PO > 1ano	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Avaliação Médica								
Cicatriz			1	6,25			2	6,06
Orelha			0	0,0			1	3,03
Nódulo palpável			0	0,0			5	15,15
Ptose			0	0,0			1	3,03
Projeção			1	6,25			2	6,06
Flacidez			0	0,0			0	0,0
			2	12,5			11	33,33
Avaliação da paciente								
Cicatriz	1	6,25	0	0,0	5	15,15	2	6,06
Orelha	2	12,5	0	0,0	2	6,06	0	0,0
Nódulo palpável	0	0,0	0	0,0	3	9,09	3	9,09
Ptose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,03
Sensibilidade	0	0,0	0	0,0	1	3,03	1	3,03
Flacidez	0	0,0	0	0,0	1	3,03	1	3,03
Total de pacientes insatisfeitas	03	18,75	0	0,0	12	36,36	08	24,24

PO: Pós-operatório.

Ao compararmos as descrições de exame físico e também as fotografias de pré e pós-operatório, não pudemos determinar quais foram os motivos para a indicação de uma técnica ou outra, já que a população em estudo se mostrou muito heterogênea, com volumes mamários variados, diferentes graus de ptose, consistência das mamas, quantidade de estrias, entre outras características, além de preenchimento inadequado de alguns prontuários. Assim, é evidente que mamas mais firmes, com boa elasticidade da pele e com menos grau de ptose devem apresentar melhores resultados, independentemente da técnica utilizada. Medidas das dimensões das cicatrizes, da altura das colunas e do posicionamento do CAP não foram realizadas, dado que, na maioria dos prontuários, não havia tais medidas no pré-operatório, ficando impossível de se estabelecer alguma comparação mensurável. Contudo, observou-se que, devido à marcação diferenciada, as pacientes submetidas à técnica com sutura circular contínua se mostraram extremamente satisfeitas com o posicionamento e a dimensão das cicatrizes, bem como com o formato e a projeção das mamas.

CONCLUSÃO

Este estudo nos mostra que a técnica de sutura circular contínua apresentou bons índices de satisfação, com resultados pós-operatórios mais duradouros, durante o período analisado, confirmando as expectativas iniciais (mamas com cicatrizes bem posicionadas, com diminuição de sua base e boa

projeção); porém, obtivemos também resultados satisfatórios com a técnica de pedículo inferior. Acreditamos, assim, que nenhuma das técnicas possa ser universalmente aplicada, mas o estudo tem seu valor para conhecimento de diferentes estratégias para otimização dos nossos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Arié G. Nova técnica em mamoplastia. *Rev Lat Amer Cir Plast.* 1957;3(2):28-39.
2. Pitanguy I. Breast hypertrophy. In: Wallace AB, editor. *Transactions of the second Congress of international Society of Plastic Surgeons*; Edinburg. London: Livingstone; 1960.
3. Pitanguy I. [Mammaplasty. Study of 245 consecutive cases and presentation of a personal technic]. *Rev Bras Cir.* 1961;42:201-20. PMID:14486960.
4. Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg.* 1967;20(1):78-85. [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226\(67\)80009-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226(67)80009-2). PMID:5339723.
5. Pitanguy I. *Mamoplastia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1978.
6. Peixoto G. Reduction mammoplasty: a personal method. In: Ely JF, editor. *Transactions of the Seventh International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery*; Rio de Janeiro. São Paulo: Cartgraf; 1979.
7. Peixoto G. The infra-areolar longitudinal incision in reduction mammoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 1985;9(1):1-5. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01570677>. PMID:3993462.
8. Ribeiro L. *Cirurgia plástica de mama*. Rio de Janeiro: Medsi; 1989.

9. Graf R, Biggs TM, Steely RL. Breast shape: a technique for better upper pole fullness. *Aesthetic Plast Surg.* 2000;24(5):348-52. <http://dx.doi.org/10.1007/s002660010057>. PMID:11084696.
10. Hall-Findlay EJ. Pedicles in vertical breast reduction and mastopexy. *Clin Plast Surg.* 2002;29(3):379-91. [http://dx.doi.org/10.1016/S0094-1298\(02\)00008-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0094-1298(02)00008-1). PMID:12365638.
11. Georgiade NG, Serafin D, Morris R, Georgiade G. Reduction mammoplasty utilizing an inferior pedicle nipple areolar flap. *Ann Surg.* 1979;3:211-8.
12. Bueno MAC, Cavazana WC, Baroudi R, Nunes PHF, Psillakis JM, Boin IFSF. Running circular suture technique for reduction mammoplasty and mastopexy. *Aesthetic Plast Surg.* 2012;36(6):1320-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-012-9972-4>. PMID:22955862.
13. Bueno MAC, Souto LRM. Mammoplasty: a new approach. *Aesthetic Plast Surg.* 2003;27(3):185-92. <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-003-0113-y>. PMID:14534827.
14. McCulley SJ, Hudson DA. Short-scar breast reduction: why all the fuss? *Plast Reconstr Surg.* 2001;107(4):965-9. <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-200104010-00010>. PMID:11252090.
15. Mey D, Greuse M, Azzam C. The evolution of mammoplasty. *Eur J Plast Surg.* 2005;28(3):213-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s00238-005-0744-0>.
16. Graf R, Araujo L, Rippel R, Neto L, Pace D, Biggs T. Reduction mammoplasty and mastopexy using the vertical scar and thoracic wall flap technique. *Aesthetic Plast Surg.* 2003;27(1):6-12. <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-002-0111-5>. PMID:12687296.

***Autor correspondente:**

Ivana Leme de Calaes

Universidade Estadual de Campinas - Rua Egberto Ferreira de Arruda Camargo, 1200 - Parque da Hípica - Campinas, SP, Brasil
CEP 13092-621
E-mail: ivanacaloes@yahoo.com.br